STATE OF WASHINGTON

DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

OLYMPIA , WASHINGTON 98504-0095

FAIR HEARING WITHDRAWAL

公平聽證撤銷

日期: _____ 補助單位號碼: _____

姓名: _____ 案件排期號碼: _____

_____

地址: _____
街道 城市 郵遞區號

我於此要求撤銷我的公平聽證，該公平聽證會原定於 _____ 在 _____, 19 _____,
時間 月份及日期

於 _____，原因是:
社區服務辦事處 (CSO)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

如果您有任何疑問，請打電話 _____, 您的公平聽證協調員，於

_____.

請盡快簽署並以附上的郵資已付的信封將此撤銷要求寄回。

_____
當事人簽名

_____
電話號碼